

名義変更・訂正請求書

ブロードマインド少額短期保険株式会社 御中

貴社との保険約款を承知の上、被保険者の同意を得て下記の事項を請求します。

請 求 日	平成 年 月 日
-------	----------

証 券 番 号
---------	-------

※下8桁のみご記入ください

請 求 者	契約者 (旧契約者)	フリガナ (自署)	請求印
	被保険者	フリガナ (自署)	同意印
	親権者 後見人	※契約者または被保険者が未成年のとき、ご署名・ご押印ください。 契約者との続柄 様 ()	印

変更・訂正事項の該当項目に○印を付け、必要事項をご記入ください。

変 更 ・ 訂 正 事 項	① 契約者	契約者変更の場合	改姓・改称 変更 訂正	フリガナ 様 ()	被保険者との続柄
			生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	男 女
			住所	〒 □□□-□□□□ フリガナ 都道府県	
		電話番号等	自宅新電話番号 - - 勤務先新電話番号 - - メールアドレス 携帯番号 - -		
	② 被保険者		改姓 訂正	フリガナ 様	
	③ 死亡保険金受取人		改姓・改称 変更 訂正	フリガナ 様 ()	被保険者との続柄 分割割合 () (100%)

代理店使用欄

代理店名		担当者印
支店名		

会社使用欄

受付	確認	入力	承認